

Trasferimento ad altro fondo pensione/altra forma pensionistica individuale:

Il Sottoscritto richiede il trasferimento della propria posizione individuale al

Fondo Pensione/altra forma pensionistica individuale:

Indirizzo: _____

- ☐ in quanto vi ha facoltà di accesso in relazione alla sua attività lavorativa;
- ☐ in quanto la Società ha introdotto modifiche peggiorative alle condizioni economiche del Fondo;
- ☐ in quanto è decorso il periodo minimo di iscrizione al Fondo.

Prestazione pensionistica

- ☐ 100% in **capitale** ☐ 100% in **rendita** ☐ _____% in capitale e la quota residua in rendita
(indicare eventuale altra percentuale)

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C a lui intestato

IT																				
	N. Contr.	CIN	ABI				CAB				Numero di c/c									

C1 - Periodicità della rendita

- ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

C2 - Tipologia della rendita

- ☐ **vitalizia** ☐ **reversibile** al (scegliere solo una percentuale): ☐ 100% ☐ 60% ☐ 50%
- ☐ **certa 5 anni** ☐ **certa 10 anni** ☐ **con caso morte**

C3 - Dati relativi al Revisionario (in caso di reversibile) **o del soggetto designato** (in caso di certa 5, certa 10 o con caso morte)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Data di nascita / /

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Altre forme alternative di prestazione pensionistica

Il sottoscritto richiede una delle seguenti forme di prestazione pensionistica

- ☐ **Rendita a durata definita**
Periodicità di erogazione: ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

- ☐ **Prelievi liberamente determinabili**
Periodicità di erogazione: ☐ Semestrale ☐ Annuale

Importo lordo euro: _____ (minimo 5.000,00 annui)

Si evidenzia che, al fine di consentire alle forme pensionistiche complementari di adeguare in maniera ordinata i sistemi e i processi operativi interni per la gestione delle richieste e l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 11, comma 3-bis del DLgs 252/2005, è previsto un periodo transitorio durante il quale le forme pensionistiche sono tenute ad acquisire le richieste degli iscritti di accedere alle nuove prestazioni sopra riportate, ma, in deroga a quanto previsto dal paragrafo 4 della Deliberazione Covip 25 giugno 2026, possono procedere alla liquidazione e all'erogazione delle nuove prestazioni successivamente all'avvenuto adeguamento (entro il 31 dicembre 2026).

L'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, verrà accreditato sul C/C a me intestato:

IT																		
	N.Contr.	CIN	ABI				CAB				Numero di c/c							

Riscatto: ☐

Il Sottoscritto richiede il riscatto della propria posizione individuale maturata, nella misura del:

- ☐ 50% in quanto, come risulta dalla documentazione allegata, ha cessato l'attività lavorativa per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare;
- ☐ 50% per ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, a Cassa integrazione ordinaria e straordinaria;
- ☐ 100% in quanto, come risulta dalla documentazione allegata, ha cessato l'attività lavorativa per un periodo di tempo superiore a 48 mesi, senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare;
- ☐ 100% per invalidità permanente con riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo;
- ☐ 100% per cessazione dei requisiti di partecipazione alla forma pensionistica complementare per cause diverse (da documentare).

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C a lui intestato:

[illegible]

Decesso dell'Aderente: ☐

Il Sottoscritto:

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

[illegible]

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Relazione con l'Aderente _____ (Allegato C)

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☒ SI ☐ NO Se SI:

Stato residenza 1: _____ Codice di identificazione _____ Tipo di Codice _____

Stato residenza 2:	Codice di identificazione	Tipo di Codice
--------------------	---------------------------	----------------

Indirizzo di residenza (o Sede legale): via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio	Località di domicilio	Provincia di domicilio	Stato di domicilio
---------------------	-----------------------	------------------------	--------------------

INDIRIZZO E-MAIL _____

Il soggetto designato dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): ☐ SI ☒ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☒ NO

Indicare carica ricoperta*

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato	Provincia	Comune
---------------------------------------	-----------	--------

Codice SOTTOGRUPPO	(Allegato E) Codice ATECO	(Allegato F)
--------------------	---------------------------	--------------

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività: _____ (Allegato D)

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio	Data di scadenza
------------------	------------------

nella qualità di soggetto designato con riferimento al PIP n° _____

comunica il decesso dell'Aderente avvenuto il _____

A corredo allega certificato di morte e chiede che venga dato seguito all'istruttoria della pratica per la liquidazione del valore di riscatto.

Chiede inoltre che, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento nei suoi riguardi, l'importo della liquidazione, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, gli venga comunicato e contestualmente accreditato sul suo conto corrente:

Coordinate bancarie del soggetto designato sui cui effettuare il bonifico

IT																				
	N.Contr.	CIN	ABI				CAB				Numero di c/c									

G

Titolari effettivi dei soggetti designati - Da compilare qualora i soggetti designati indicati siano soggetto diversi da persona fisica. Se soggetto designato è una società fiduciaria, compilare modulo a parte per Titolari Effettivi

Soggetto designato		soggetto designato numero _____		Titolare Effettivo numero _____	
Cognome _____		Nome _____		Sesso M ☐ F ☐	
C.F.		Data di nascita ____/____/____			
Comune di nascita _____		Prov. di nascita _____		Stato di nascita _____	
Tipo documento: codice e descrizione _____		Numero documento _____			
Ente di rilascio _____		Località di rilascio _____			
Data di rilascio _____		Data di scadenza _____			
Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____				(Allegato C)	
Soggetto designato		soggetto designato numero _____		Titolare Effettivo numero _____	
Cognome _____		Nome _____		Sesso M ☐ F ☐	
C.F.		Data di nascita ____/____/____			
Comune di nascita _____		Prov. di nascita _____		Stato di nascita _____	
Tipo documento: codice e descrizione _____		Numero documento _____			
Ente di rilascio _____		Località di rilascio _____			
Data di rilascio _____		Data di scadenza _____			
Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____				(Allegato C)	
Soggetto designato		soggetto designato numero _____		Titolare Effettivo numero _____	
Cognome _____		Nome _____		Sesso M ☐ F ☐	
C.F.		Data di nascita ____/____/____			
Comune di nascita _____		Prov. di nascita _____		Stato di nascita _____	
Tipo documento: codice e descrizione _____		Numero documento _____			
Ente di rilascio _____		Località di rilascio _____			
Data di rilascio _____		Data di scadenza _____			
Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____				(Allegato C)	
Soggetto designato		soggetto designato numero _____		Titolare Effettivo numero _____	
Cognome _____		Nome _____		Sesso M ☐ F ☐	
C.F.		Data di nascita ____/____/____			
Comune di nascita _____		Prov. di nascita _____		Stato di nascita _____	
Tipo documento: codice e descrizione _____		Numero documento _____			
Ente di rilascio _____		Località di rilascio _____			
Data di rilascio _____		Data di scadenza _____			
Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____				(Allegato C)	

Cognome _____										Nome _____										Sesso M ☐ F ☐																			
Codice Fiscale										Data di nascita ____/____/____																													
Comune di nascita _____										Prov. di nascita _____										Stato di nascita _____																			
Cittadinanza 1 _____										Cittadinanza 2 _____																													
Tipo documento _____										N. di documento _____																													
Ente di rilascio _____										Località di rilascio _____																													
Data di rilascio (gg/mm/aaaa) ____/____/____										Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/____																													
Indirizzo di residenza: via, numero civico _____																																							
C.A.P. di residenza _____										Località di residenza _____										Provincia di residenza ____										Stato di residenza _____									
Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza):																																							
via, numero civico _____																																							
C.A.P. di domicilio _____										Località di domicilio _____										Provincia di domicilio ____										Stato di domicilio _____									
Relazione con l'Aderente _____ (Allegato C)																																							

Il Sottoscritto richiede l'anticipo, secondo le previsioni del Regolamento del PIP, della propria posizione individuale maturata in _____ anni di partecipazione al Fondo **(N.B. è richiesto un minimo di 8 anni d'iscrizione)**, nella misura del:

- ☐ 75% Acquisto della prima casa di abitazione per se stesso o per i propri figli;
- ☐ 75% Interventi di recupero del patrimonio edilizio relativo alla prima casa di abitazione;
- ☐ 75% Eventuali spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (in questo caso non sono necessari gli 8 anni di iscrizione);
- ☐ 30% per esigenze personali.

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C:

[illegible]

Luogo e Data

E Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i, ricevuta e letta l'informativa, dichiara/no di acconsentire al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute per le finalità di cui al punto 2 a) dell'informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, l'aderente dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'informativa al/i soggetto/i designato/i, all'eventuale terzo pagatore ed all'eventuale titolare effettivo del/i soggetto/i designato/i alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data _____ Firma leggibile dell'Aderente* ➡

Inoltre, l'Aderente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- (b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. ☐ SI ☐ NO
- (c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. ☐ SI ☐ NO
- (d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. ☐ SI ☐ NO

Data _____ Firma leggibile dell'Aderente* ➡

* in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale

F Dichiarazione dell'Aderente ai sensi D.Lgs. n 231/07 e s.m.i.

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi soggetti designati.

Luogo e Data di compilazione _____ Firma leggibile dell'Aderente/soggetto designato ➡

Spazio riservato all'intermediario

Valutazione dell'intermediario ai sensi della normativa anticiclaggio

- ☐ Reticenza nel fornire le informazioni richieste ☐ Poca trasparenza della compagine societaria al fine di identificare il titolare effettivo
- ☐ Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica ☐ Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabili
- ☐ Comportamento che non denota anomalie

Da quanto è attivo il rapporto tra l'Aderente/soggetto designato e l'intermediario? ☐ Meno di 1 anno ☐ da 1 e 5 anni ☐ oltre 5 anni

L'intermediario attesta che l'operazione è coerente rispetto al profilo dell'Aderente/soggetto designato ☐ Si ☐ No

Per i distributori che attribuiscono all'Aderente/soggetto designato un profilo di rischio, inserire il profilo di rischio (se disponibile) ☒ Molto Basso ☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto

Io sottoscritto dichiaro che il presente modulo è stato correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., il soggetto di cui trattasi (Aderente/soggetto designato ovvero Esecutore per suo conto), di aver verificato la veridicità dei relativi dati, di aver acquisito le necessarie informazioni per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di aver rilevato il comportamento tenuto dal soggetto di cui trattasi come sopra evidenziato.

Luogo e Data di compilazione _____ Firma leggibile dell'Intermediario ➡

COMUNICAZIONE CONTRIBUTI NON DEDOTTI
(art. 8, comma 4, D.Lgs. n. 252/2005)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ data di nascita ____/____/____

Aderente al Piano Pensionistico Individuale n. _____, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che, per l'anno _____ non è stato portato in deduzione in sede di dichiarazione dei redditi **l'importo**
di euro _____.

Data compilazione _____ **Firma dell'Aderente** _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi dell'art. 8, comma 4, del d.lgs. n. 252/2005, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa.